Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Rehabilitation Medicine Program
Guidelines

88-01882/

REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON INSTITUTIONAL PROGRAM GUIDELINES

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS
FOR UNITS/SERVICES/PROGRAMS
IN INSTITUTIONS

REHABILITATION MEDICINE PROGRAM

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1986

Également disponible en français sous le titre
"Programme de médecine physique
et de réadaptation"

IMPORTANT

The information contained in these guidelines was current at the time of publication. When using the guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

The Secretariat
Sub-Committee on
Institutional Program Guidelines
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and
Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these guidelines in both official languages can be obtained from the above address.

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H39-18/1986E
ISBN 0-662-15100-3

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
GENERAL INTRODUCTION		iv
LIST OF PARTICIPANTS		viii
PREAMBLE		1
GUIDELINES		5
1.	Patient Load	5
2.	Bed Requirements	5
3.	Recommended Distribution of Units	5
4.	Administrative Policy, Procedures and Control	6
5.	Staff Establishment and Coverage	7
6.	Staff Training and Qualifications	8
7.	Other Resources, Departments and Services	8
8.	Space Allocation, Utilization and Special Design Features	9
9.	Equipment	11
10.	Geographic Relationship to Other Departments and Services	11

ANNEXES

ANNEX A	Administrative Organization, Policies and Procedures for Units/ Services/Programs in Hospitals	12
ANNEX B	List of Guidelines for Units/ Services/Programs in Hospitals	17

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized care facilities and services in institutions. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. In addition, health care professionals are increasingly emphasizing the need for continuum of care from prevention of illness to chronic care in the community with admission for institutional care being a potential part of this continuum. Identification of required service linkages is therefore necessary.

Consequently, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating institutional programs and services.

Mandate

In 1972, health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely

distributed to provincial health and hospital authorities and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. In May 1982, the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services granted the Working Group continuing status as a sub-committee of the Advisory Committee, called the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. With the continued broadening of the scope of the work, the name was again changed in 1985 to the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines. A complete list of guidelines published or being prepared by the Sub-Committee is annexed.

Methodology

The guidelines published in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada and on authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of

the country have provided expert input in these guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested Purpose of the Guidelines

The guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the guidelines is to provide a definition of requirements for a number of institutional facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit/service/program (hereinafter referred to as program) is under consideration, the guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a program, and in assessing the total potential impact of a new program on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new program.

Where a program already exists in a facility, the guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the program.

Future Revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the guidelines will require regular revision. The Sub-Committee will plan and oversee revision of the guidelines.

Acknowledgements

The Sub-Committee acknowledges with sincere appreciation, the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada, in providing detailed written information and guidance in the preparation of these guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines, responsible for the preparation of the new and updated guidelines, is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt, Chairman
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. William M. Allwood
Assistant Deputy Minister
Insured Services
Department of Health
FREDERICTON, New Brunswick

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mrs. Primrose Bishop
Nursing Consultant
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S, Newfoundland

Dr. Gordon A. Judge
Vice President, Professional Services
Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Dr. Jules Martin
Director, Professional Services
Centre hospitalier régional de Lanaudière
JOLIETTE, Québec

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. André Nolet
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Institutional Division
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Mrs. Janet Stow
Project Manager
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

1986 GUIDELINES REVISION

WORKING GROUP ON REHABILITATION MEDICINE PROGRAM

The Working Group on Rehabilitation Medicine Program responsible for revising the 1979 edition of the guidelines was composed of the following members:

Mrs. Christie Benchley
Representative
Canadian Association of
Occupational Therapists
Lyndhurst Hospital
TORONTO, Ontario

Dr. Peter Cameron
Secretary Treasurer
Canadian Association of Physical
Medicine and Rehabilitation
LONDON, Ontario

Dr. Eric Dehoux
Physiatrist
Royal Ottawa Regional Rehabilitation
Centre
Royal Ottawa Hospital
OTTAWA, Ontario

Mrs. Elaine Macleod
Manager, Rehabilitation Services
Special Programs Branch
Alberta Hospital and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional
Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health
and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. André H. Nolet
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional
Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health
and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mrs. Marguerite Pascal
Director, Nursing Rehabilitation
Royal Ottawa Regional Rehabilitation
Centre
Royal Ottawa Hospital
OTTAWA, Ontario

Mrs. Barbara Purves
Representative
Canadian Association of Speech/
Language Pathologists and Audiologists
Health Science Centre
University of British Columbia
VANCOUVER, British Columbia

Mrs. Gwenn Roberts
Director-at-Large
(Clinical Practice)
Representative
Canadian Physiotherapy
Association
TORONTO, Ontario

REHABILITATION MEDICINE PROGRAM

PREAMBLE

Definition

The World Health Organization defines rehabilitation as follows:

> "The combined and co-ordinated use of medical, social, educational and vocational measures for the training or retraining of the "disabled" individual to the highest possible level of functional ability".

Philosophical Approach

Rehabilitation is based on a philosophical approach that requires understanding of the following basic concepts:

- **IMPAIRMENT**

Any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function.

- **DISABILITY**

Any restriction or lack of ability to perform an activity (resulting from an impairment) in the manner or within the range considered normal for a human being.

- **HANDICAP**

A disadvantage for an individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal (depending on age, sex and social and cultural factors) for that individual.

Objectives

Rehabilitation strives to achieve the following overall objectives:

- To prevent and/or minimize disability resulting from disease, injury or congenital disorder;

- To increase the level of function, performance and communication of the disabled patient;

- To promote and maintain the highest attainable level of social adjustment and vocational resettlement.

The objectives of rehabilitation are best met through a well integrated interdisciplinary team approach. This team would include a variety of health care professionals, the patient and his family, who work together to establish and achieve both the specific and overall team goals.

REHABILITATION SERVICES DELIVERY

Rehabilitation services may be delivered in a number of organizational models which embody a continuum of care from initial problem identification until its resolution and fulfillment of patient needs. This may require efficient and effective integration with community support services. In some cases, other specific guidelines should be consulted such as those relating to spinal cord injuries and stroke victims. For the purpose of this document, however, we will be describing the guidelines for a basic general rehabilitation program within a general hospital or free-standing rehabilitation hospital.

BASIC GENERAL REHABILITATION PROGRAM

General rehabilitation programs are designed to provide interdisciplinary treatment services to individuals whose needs are comprehensive but do not require specialized rehabilitative care.

The program may address a variety of disabilities. Usually the composition of the team will not be as extensive as that which may be required by a specialized rehabilitation program. However, to facilitate interdisciplinary team involvement, this program requires the designation of rehabilitation beds usually located in either a free standing rehabilitation hospital or a general hospital. Some of the services for such a program are part of a basic care package and usually include, at least, physical and occupational therapy. Other services may be obtained from outside agencies as required.

Examples of patients treated in a general rehabilitation program are those with various neurological conditions, musculo-skeletal condition, multiple trauma, arthritis etc.

This program should have both inpatient and outpatient treatment services with adequate provision for follow-up to take place in conjunction with community services.

SPECIALIZED REHABILITATION

Specialized rehabilitation programs are designed to provide comprehensive treatment and care to individuals who have suffered severe physical injury, illness or congenital impairments. Problems arising from these conditions usually require the skills of an extensive interdisciplinary team or a component of the service that may not be available in a basic general rehabilitation program. This program should have both inpatient and outpatient treatment services. Provision for follow-up and linkage with community services is essential. Examples of specialized rehabilitation programs are those for the management of spinal cord injury, stroke, cerebral palsy and amputees. A specialized rehabilitation program may be located in free standing rehabilitation centre or in a general hospital.

REHABILITATION SERVICES IN A COMMUNITY HOSPITAL

Rehabilitation services in community hospitals are designed to meet the needs of patients of the hospital, whose level of disability does not require transferring to a general or specialized rehabilitation program. This rehabilitation service may not require a designated medical director nor the specific designation of rehabilitation beds but, at least, should have an over-all program director, so as to ensure a coordinated continuum of care for the patients. The treatment staff should consist of, or have access to, nurses, physiotherapists, occupational therapists and speech-language pathology therapists. To meet the needs of the community, out-patient rehabilitation services should also be provided.

LONG-TERM CARE REHABILITATION SERVICES

All residents of long-term care facilities should have appropriate access to rehabilitation services, which should be provided in-house where feasible.

COMMUNITY SERVICES

As the desired outcome of rehabilitation includes the successful reintegration to the community, appropriate community-based rehabilitation support services are essential.

BASIC GENERAL REHABILITATION PROGRAM

(Within a general hospital or free-standing rehabilitation hospital)

GUIDELINES

1. PATIENT LOAD

A general rehabilitation program could be considered when it can be established that its inpatient component would discharge at least 100 patients per year.

2. BED REQUIREMENTS

It is suggested that the optimum size for a dedicated, independent rehabilitation inpatient nursing unit is 30 beds. A bed requirement significantly less than this should be administratively part of another nursing unit. To achieve the optimum unit size, this unit's beds could be combined with other specialized rehabilitation beds.

3. RECOMMENDED DISTRIBUTION OF UNITS [1]

It is suggested that general rehabilitation beds be made available on the basis of 0.15 beds per 1000 population (assuming that housing and transportation for the disabled are available in the community).

---

[1] For special rehabilitation such as that required by stroke or spinal cord injury services, refer to the appropriate guidelines. These specialized programs may be located in appropriate hospitals of various types, including a regional rehabilitation referral centre. As a general rule, a regional rehabilitation referral centre may be required for areas having at least one to one and a half million population. In addition to clinical programs such centres should provide consultative and educational support to other service providers in its region.

4. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL*

4.1 Program Organization

The rehabilitation program should be designed so that care can commence as early as possible and continue on an outpatient, day hospital or home care basis. A clear organization should be established to co-ordinate this continuing care.

There should be a systematic, interdisciplinary team approach to treatment management, incorporating written policies and procedures, developed with input from all involved disciplines. These policies and procedures should reinforce a continuum of care as opposed to discrete packages of care to ensure effective management of the patient.

These written policies and procedures should address:

- Criteria for admission and discharge;

- The establishment of written goals for each patient;

- Periodic review of all patients by the interdisciplinary team, with planning for care, discharge and continuing care;

- Provision of appropriate consultation and counselling;

- The extension of services to the community, including outpatient day hospital and home care, and information transfer to those providing care. (This includes consultations with other therapeutic services within the region);

* See also Annex A, p. 12

- Program goals and objectives;

- Plans for quality assurance and evaluation of the program;

- Research and prevention; and

- The roles, functions and relations of members of the interdisciplinary team, as well as the degree of authority for independent action, assessment of patient programs and change in treatment. In order to provide continuity of care and consistency of approach, some flexibility in roles is essential.

5. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

5.1 Program Medical Director and Medical Staff

A program medical director should be appointed by the appropriate governing authority for the overall direction of patient care, co-ordination of the interdisciplinary team members, participation in staff training, research and prevention activities and advocacy within the organization and community, according to policies established by the organization or agency.

Medical specialists may be necessary for specific patients' needs, and should be available to the interdisciplinary team.

5.2 Other Members of the Interdisciplinary Team

The members of the team will normally include nursing, physiotherapy, occupational therapy, speech language pathology, social work, psychology, vocational counsellors, depending upon the patients' needs and the philosophy of the program and the need for quality assurance. The specific staffing decisions should be based on patient classification systems and staffing standards and workload measurement systems, and should reflect the needs of inpatients and outpatients.

6. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

6.1 Program Medical Director

The program medical director should preferably be a specialist in physical medicine and rehabilitation (physiatrist). A physician with special interest and training could be appointed provided that consultation with a specialist in physical medicine and rehabilitation is available on a regular basis.

6.2 Other Members of the Interdisciplinary Team

Medical and interdisciplinary staff should have recognized qualifications in the various professions as well as expertise in dealing with complicated clinical problems. Specific training, previous experience and demonstrated skills in rehabilitation would be a definite asset in those being recruited for the program.

6.3 Continuing Education

To ensure competence and quality of care for all staff, a comprehensive staff education program should be provided including conferences, rounds, seminars, in-hospital courses, workshops, special visits and postgraduate courses where available. Consideration should be given to the organization of a visiting outreach program between co-operating centres to promote continuing education and particularly to assist smaller centres.

7. OTHER RESOURCES, DEPARTMENTS AND SERVICES

The need for the following services will vary according to the program. Some programs may assign personnel to these services whereas others may work, on a consulting basis, with existing services within the institution or community.

Audiology
Biomedical engineering
Chaplaincy
Dentistry
Diagnostic imaging
Dietary services
Driver education
Educational and vocational services
Home care services
Orthotic, prosthetic and special device services
Outpatient transportation for severely disabled patients
Pharmacy
Podiatry
Public Health nurses
Recreation therapy
Rehabilitation engineering
Volunteer services (patient library, escorts, etc.)

8. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES [2]

8.1 Patient Care Unit Design

During patients' rehabilitation, consideration must be given to the space necessary for wheelchairs and other special equipment, as well as special support facilities such as school areas, patient lounge and other multi-purpose activity areas. The unit design should facilitate and encourage autonomous patient activity and practice. In that sense, attention should be given to accessibility design features for all patient areas including dining facilities, lounge

---

2 Opinions on design information and definitions of net and gross areas may be obtained from other sources including: Space Programming Methodologies, Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1984.

areas, treatment areas and washrooms and to the need for patient privacy. Where space permits, consideration could be given to providing a suite of rooms for trials of independent living.

8.2 Components

The components of the facilities required by the program include:

- Recreation, lounge and dining space, conference room, ADL (activities of daily living) areas including a patient kitchen and music/television area, and patient activity or practice area(s);

- Special toilets, bathing and other special considerations for handicapped people; and

- Storage for equipment and supplies required by therapists on the nursing unit, wheelchairs and other equipment.

8.3 Size

The sizes of the various therapy areas required depend on the numbers and types of in and outpatients utilizing the services and on the programs provided. For example, a gymnasium for wheelchair sports or a hydrotherapy pool might be required. An apartment for training in independent living might be indicated by the program.

8.4 Special Design Features

The design and arrangements of space must provide for accessibility to patients in wheelchairs or using other assisting devices. Elevators should be accessible and timed for wheelchair use. Electric doors where appropriate should be installed. Easy access to outdoors therapy/recreation areas should be considered.

The facility should be well ventilated, well lit and in bright colours. A directional signage and colour coding system should be considered so that patients can get to and from various service areas independently. Treatment areas should be accessible to the physically handicapped outpatients.

9. EQUIPMENT

The list of equipment required by the general and/or special rehabilitation program will reflect its philosophy, goals and those of its interdisciplinary team members.

The equipment required for the successful operation of all phases of a comprehensive rehabilitation program is extensive and expensive (including mobility, self-help and technical aids and environmental controls). The specific needs will vary according to the program.

10. GEOGRAPHIC RELATIONSHIP TO OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

The services required by outpatients should be conveniently located for them. Where ramps are necessary, the slope should not exceed 1:12 for safe control of a wheelchair. Attention should also be given to ensuring accessibility from parking facilities.

Shared supporting services arrangements should be considered for the departments and services forming the rehabilitation program.

ADMINISTRATIVE ORGANIZATION, POLICIES AND PROCEDURES FOR UNITS/SERVICES/PROGRAMS IN HOSPITALS

Guidelines for the administrative organization, policies and procedures for units/services/programs (hereinafter referred to as program(s)) in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information. It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific program policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these programs.

I. ROLE AND OBJECTIVES

- Role and objectives of programs in hospitals

- Type of patients served

  - by diagnosis and/or severity of illness
  - restriction of service, if any (eg. terminally-ill patients)

- Components of program provided

II. ORGANIZATION OF PROGRAM

- Governing board responsibility

- Relationship to administrator and medical staff

- Service management

(i) Specific responsibilities of staff
  - Medical director
  - Other medical staff

- Direct patient care staff
- Other staff (administrative, technical and other)

(ii) Committees

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF PROGRAM

1. General

- Admission authority (identification of individual(s) who have authority to admit)

- Admission priorities:

  - Clinical condition
  - Diagnostic category

- Discharge policies and planning

- Drug and procedure (new) approval process

- Emergency admission standing orders

- Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

- Ethics processes

- Handling of emergency situations including C.P.R.

- Infection control and isolation

- Length of stay by diagnosis

- Medical orders

- Palliative care, determination of death, authorization for autopsies, handling of bodies

- Patient records, reports and charting

- Referral, consultation (mandatory and other), transfer, follow-up

- Research/clinical investigation

- Routine admission standing orders

- Utilization monitoring

2. **Staff**

- Criteria for granting medical/clinical privileges

- Delineation of student and supervisor roles including responsibility, authority and accountability

- Medical coverage/staff coverage of service

- Orientation and continuing education

- Performance evaluation

- Position descriptions

- Selection criteria: education, experience, interests

- Volunteers

3. **Patient**

- Confidentiality

- Consent for treatment

- Family participation

- Patient/family education

- Patient's rights

- Patient valuables, assets and belongings

- Visiting privileges

4. **Safety**

- Equipment maintenance and safety

- Fire/disaster plans and associated isolation procedures

- Missing patient search procedures and risk identification

- Reporting of accidents and incidents

- Safety and accident prevention

- Use of restraints

5. **Quality Assurance**

- Audits: medical and nursing care, concurrent and retrospective

- Continuing evaluation of effectiveness of service

- Employee performance appraisal

- Incident reports

- Infection control

- Morbidity/mortality review

- Patient care review

- Patient status assessment on admission and discharge
- Peer review
- Practice standards
- Product and equipment use and evaluation

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other
2. Emergency alert system procedures
3. Medical record and statistical procedures
4. Policy and procedure manuals

LIST OF GUIDELINES FOR UNITS/SERVICES/ PROGRAMS IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the Federal-Provincial Sub-Committee on Institutional Program Guidelines, at the request of the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Sub-Committee.

Addiction Services
Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
Adult Long-Term Institutional Care
Breast Imaging Services: Mammography
Burn Unit
Cardiovascular Services in Hospitals
Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
Child and Adolescent Services in General Hospitals
Child and Youth Long Term Services
Computed Tomography
Day Medicine
Day Surgery Unit
Dental Care Units in Hospitals
Diabetic Day Care Unit
Diagnostic Imaging Services and Systems, An Overview
Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
Emergency Services in Hospitals
Geriatric Day Hospitals
Geriatric Unit in a Hospital
Intensive Care Unit
Magnetic Resonance Imaging
Nuclear Medicine in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Unit
Pre-hospital Emergency Care Services
Pulmonary Function Laboratories

Regional Renal Failure Program
Rehabilitation Medicine Program
Respiratory Therapy Service
Spinal Cord Injury Program
Stroke Program
The Reuse of Disposables: An Information Report

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Programme de médecine physique et de réadaptation

Guide

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR
LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES
INSTITUTIONNELS

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES UNITÉS/SERVICES/PROGRAMMES
DANS LES INSTITUTIONS

PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé

Publication autorisée par le Ministre de la Santé
nationale et du Bien-être social
1986

Also available in English under the title
"Rehabilitation Medicine Program"

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer :

Le secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H39-18/1986F
ISBN 0-662-94043-1

TABLE DES MATIÈRES

		Page
INTRODUCTION		v
LISTE DES PARTICIPANTS		ix
PREAMBULE		1
NORMES		5
1.	Nombre de malades	5
2.	Lits requis	5
3.	Répartition conseillée des unités de médecine physique et de réadaptation	5
4.	Politiques, procédures et contrôle administratifs	6
5.	Constitution des effectifs et couverture des services	7
6.	Formation du personnel et qualifications requises	8
7.	Autres ressources, départements et services	9
8.	Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	10
9.	Appareillage	12
10.	Relations avec les autres services et départements	12

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

		PAGE
ANNEXES		
ANNEXE A	Organisation, politiques et procédures administratives	13
ANNEXE B	Liste des guides régissant les unités/services/programmes dans les hôpitaux	18

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services et d'installations spécialisés dans les établissements. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation très considérable du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans les hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. De plus, les professionnels des soins de santé insistent de plus en plus sur la nécessité d'un continuum de soins, allant de la prévention des maladies jusqu'à la mise en place de services de soins pour malades chroniques dans la collectivité, et incluant même les soins dispensés en établissement. Aussi doit-on prendre des mesures afin de s'assurer que tous ces services s'enchaînent bien les uns aux autres, et veiller à continuellement mettre à la disposition des personnes chargées de planifier, d'organiser et de mettre en place les programmes et services en établissement des guides qui leur permettent de bien s'acquitter de leurs fonctions.

Mandat

En 1972, les autorités compétentes en matière de santé au Canada ont jugé qu'une orientation devait être donnée aux décideurs dans ce domaine. Aussi le Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des guides relatifs aux normes devant régir un certain nombre d'installations et de services de soins spéciaux.

Le Groupe de travail a élaboré des guides pour 14 unités et services. Ces derniers ont été publiées en 1975 sous le titre de "Guides des soins spéciaux dans les hôpitaux". Ce document a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales et l'apparition de nouvelles techniques, ainsi que les changements intervenus dans le mode de prestation des soins, ont exigé une remise à jour des guides de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de guides applicables à d'autres secteurs. En mai 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des service médicaux a accordé au Groupe de travail un statut permanent de sous-comité. Le Groupe de travail est alors devenu, dans un premier temps, le Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux, après quoi, la portée de son travail ne cessant d'augmenter, il a été rebaptisé en 1985 Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels. Vous trouverez, en annexe, une liste complète des guides déjà publiées par le Sous-comité, ou en voie de préparation.

Méthodologie

Les guides publiés en 1975 ont été élaborés à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'avis d'experts, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, de directives élaborées au Canada ou provenant de sources autorisées d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à cette approche.

Les présents guides ont été préparés suivant la même méthode. Les auteurs ont non seulement compté sur l'apport des instances provinciales,

mais ont aussi recueilli les avis informés de spécialistes de la santé, par le truchement de représentants officiels d'organismes nationaux spécialisés dans le domaine de la santé et représentant les différents secteurs d'activité qu'on retrouve au sein de chaque service. Il ne fait pas de doute que des centaines de spécialistes de toutes les régions du pays ont ainsi été à même d'apporter à ces guides le fruit de leur expérience et les guides, en conséquence, reflètent véritablement un consensus canadien.

Objet proposé des guides

Les guides ne doivent pas être considérés comme des normes rigides. Leur application peut varier d'une province à l'autre au Canada, chacune ayant la prérogative de les accepter, de les modifier ou de les rejeter selon ses priorités.

Ces lignes directrices serviront à définir les besoins d'un certain nombre d'installations et de services qu'on trouve en établissement, mais non à régir la pratique clinique.

Ces guides permettront aux décideurs de peser le pour et le contre des unités/services/programmes projetés, puisqu'ils les aideront à déterminer dans quelle mesure ces unités/services/programmes sont nécessaires et à évaluer leur impact potentiel total sur les services existants et projetés, tant sur le plan tant local que régional. Il peut arriver qu'on décèle des lacunes dans les services en place et qu'on puisse les corriger sans créer une nouvelle unité, un nouveau service ou un nouveau programme.

Dans le cas des établissements déjà dotés d'une unité/d'un service ou d'un programne, le guide aidera les responsables à déceler les problèmes relatifs à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Il aidera également à déterminer les mesures correctives requises et leur ordre de priorité, en fonction des besoins cliniques, des contraintes d'ordre financier et des effets d'une

déficience des installations matérielles sur le fonctionnement normal de l'unité/service/programme.

Révisions à venir

Étant donné les changements rapides qui ont cours dans le domaine de la santé, les guides devront être révisés régulièrement. C'est le Sous-comité qui assumera cette responsabilité.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail qu'ils ont accompli pour lui et le temps considérable qu'ils ont dû consacrer à cette tâche. Enfin, il remercie tous les autres intervenants qui l'ont secondé dans ses efforts en lui fournissant conseils et informations.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent ouvrage, était composé des personnes suivantes :

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. William M. Alwood
Sous-ministre adjoint
Division des services assurés
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des Services hospitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M^me^ Primrose Bishop
Conseillère en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

D^r^ Gordon A. Judge
Vice-président
Services professionnels
Hôpital Toronto Western
TORONTO (Ontario)

M^me^ Phyllis MacDonald
Préposée aux normes
Division des établissements urbains
de santé
Commission des services de santé
du Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

D^r^ Jules Martin
Directeur
Services professionnels
Centre hospitalier régional De Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

M. David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des sérvices en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

D^r^ Robert Seaver
Conseiller médical principal
Division institutionnelle
Direction de l'exploitation des établissements
de soins
Ministère de la Santé
TORONTO (Ontario)

Mme Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

RÉVISION DE 1986

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Le groupe de travail sur le programme de médecine physique et de réadaptation chargé de réviser les directives élaborées en 1979 était composé des personnes suivantes :

M^me^ Christie Benchley
Représentante de l'Association canadienne
des ergothérapeutes
Hôpital Lyndhurst
TORONTO (Ontario)

D^r^ Peter Cameron
Secrétaire-trésorier de l'Association canadienne
de médecine physique et de réadaptation
LONDON (Ontario)

D^r^ Eric Dehoux
Physiatre
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Elaine Macleod
Gestionnaire
Services de réadaptation
Direction des programmes spéciaux
Commission des services hopitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M. David L. Martin
Expert-conseil en Administration de la santé
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André H. Nolet
Expert-conseil en Administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-etre social Canada
OTTAWA (Ontario)

Mme Marguerite Pascal
Directrice
Direction des soins infirmiers de réadaptation
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

Mme Barbara Purves
Représentante de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie
Centre de la science santé
Université de la Colombie-Britannique
VANCOUVER (Colombie-Britannique)

Mme Gwenn Roberts
Directrice générale
(pratique clinique)
Représentante de l'Association canadienne de physiothérapie
TORONTO (Ontario)

PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

PRÉAMBULE

Définition

L'Organisation mondiale de la Santé définit la réadaptation de la manière suivante :

> L'utilisation de mesures d'ordre médical, social, éducatif et professionnel combinées et coordonnées pour amener ou ramener la personne "incapacitée" à un niveau de fonctionnement optimal.

Approche philosophique

La réadaptation se fonde sur une approche philosophique qui nécessite la compréhension des concepts de base suivants :

- DÉFICIENCE

Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

- INCAPACITÉ

Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

- HANDICAP

Un désavantage social pour un individu donné résultant d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Objectifs

Les objectifs globaux de la réadaptation sont les suivants :

- prévenir ou réduire le plus possible une incapacité engendrée par la maladie, une blessure ou un trouble congénital;

- accroître le degré de fonctionnement, le rendement et l'aptitude à communiquer de la personne incapacitée; et

- promouvoir un degré optimal d'adaptation sur les plans social et professionnel.

C'est une équipe interdisciplinaire bien intégrée qui est le mieux en mesure d'atteindre les objectifs de la réadaptation. Une telle équipe comprendrait divers professionnels de la santé, le malade et sa famille, qui travailleraient ensemble à fixer et à atteindre les buts particuliers et globaux de l'équipe.

PRESTATIONS DES SERVICES DE RÉADAPTATION

Les services de réadaptation peuvent être offerts au sein de plusieurs modèles organisationnels qui représentent un continuum de soins, de la détermination du problème à la satisfaction des besoins du malade. Une intégration aux services d'appoint communautaires bien réalisée, peut-être nécessaire. Dans certains cas, d'autres directives comme celles portant sur le traitement des lésions de la moelle épinière et des accidents cérébro-vasculaires devraient être consultées. Pour les besoins du présent document, cependant, nous allons offrir des directives pour un programme élémentaire et général de réadaptation.

PROGRAMME ÉLÉMENTAIRE ET GÉNÉRAL DE RÉADAPTATION

Les programmes généraux de réadaptation sont conçus pour offrir des services thérapeutiques

interdisciplinaires aux personnes dont les besoins sont vastes mais qui n'ont pas besoin de recevoir des soins spécialisés.

Un programme peut s'adresser à plusieurs types d'incapacités. Habituellement, l'équipe n'est pas aussi complète que dans le cas d'un programme spécialisé de réadaptation. Cependant, pour faciliter la tâche de l'équipe interdisciplinaire, il faut réserver des lits (habituellement dans un hôpital spécialisé en réadaptation ou dans un hôpital général) pour la réadaptation.

Les malades traités dans le cadre d'un programme général de réadaptation sont, par exemple, ceux qui souffrent de troubles neurologiques ou musculossquelettiques, de blessures multiples, d'arthrite, etc.

Ce programme devrait offrir des services thérapeutiques aux malades hospitalisés et aux malades externes, ainsi que des services de suivi organisés en collaboration avec des services communautaires.

PROGRAMMES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION

Les programmes spécialisés de réadaptation sont conçus pour offrir des soins complets aux personnes grièvement blessées, atteintes d'une maladie grave ou présentant des malformations congénitales importantes. Les problèmes rencontrés dans ces cas-là doivent habituellement être confiés à une équipe interdisciplinaire complète ou à un service qui ne peut pas être inclus dans un programme général de réadaptation. Le programme spécialisé devrait offrir des services thérapeutiques aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des services de suivi et la liaison avec les services communautaires sont essentiels. Un programme spécialisé de réadaptation est, par exemple, un programme qui s'adresse aux blessés de la moelle épinière, aux personnes qui ont subi un accident cérébro-vasculaire, aux victimes de la

paralysie cérébrale et aux amputés. Le programme spécialisé peut être offert dans un centre de réadaptation ou dans un hôpital général.

SERVICES DE RÉADAPTATION D'UN HÔPITAL COMMUNAUTAIRE

Les services de réadaptation d'un hôpital communautaire sont conçus pour répondre aux besoins des malades dont l'incapacité n'est pas suffisante pour qu'on les transfère dans un établissement offrant un programne général ou spécialisé de réadaptation. Ces services de réadaptation peuvent ne pas nécessiter le besoin d'un directeur médical désigné, ni même la désignation de lits de réadaptation, mais ils devront tout de même être dirigés par un directeur de programme, qui assurera tout au moins la coordination d'un continuum de soins aux patients.

Le personnel de tels services de réadaptation comprendra des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Pour répondre aux besoins de la collectivité, des services de réadaptation devraient également être offerts aux malades externes.

SERVICES DE RÉADAPTATION ET ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Tous les pensionnaires d'un établissement de soins de longue durée devraient avoir accès à des services de réadaptation. Il serait très souhaitable que des services de réadaptation adéquats soient offerts à l'intérieur de l'établissement.

SERVICES COMMUNAUTAIRES

Comme l'un des buts de la réadaptation est une réinsertion sociale réussie, de bons services auxiliaires de réadaptation offerts dans la collectivité sont essentiels.

PROGRAMME ÉLÉMENTAIRE ET GÉNÉRAL DE RÉADAPTATION

(À l'intérieur d'un hôpital général ou hôpital de réadaptation)

NORMES

1. NOMBRE DE MALADES

On pourrait envisager la mise sur pied d'un programme général de réadaptation lorsqu'il peut être établi que sa composante pour malades hospitalisés donnerait leur congé à au moins 100 malades par année.

2. LITS REQUIS

Le nombre minimum de lits pour une unité de soins infirmiers de réadaptation pour malades hospitalisés qui soit efficace, indépendante et viable est de 30. Si le nombre de lits nécessaires était significativement inférieur à celui-ci, ceux-ci devraient être rattachés administrativement à une autre unité de soins infirmiers. Afin d'assurer le nombre de lits optimal, ceux-ci pourraient être combinés à d'autres lits spécialisés de réadaptation.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION [1]

On devrait prévoir 0,15 lit de réadaptation générale pour 1000 habitants (en supposant que la collectivité

---

[1] Pour les programnes spécialisés de réadaptation, nous vous renvoyons aux guides appropriés tels que pour les malades victimes d'une lésion de la moelle épinière ou d'un accident vasculaire cérébral. Ces programmes peuvent se situer dans diverses catégories d'hôpitaux, y compris un centre régional de réadaptation. En règle générale, les régions comptant de un million à un million et demi d'habitants devront être pourvues d'un centre de réadaptation et celui-ci devrait offrir des services de consultation et d'éducation aux autres fournisseurs de services de la région.

dispose de logements et de moyens de transport destinés aux personnes incapacitées).

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS[2]

4.1 Organisation du programme

Le programme régional de réadaptation devrait être conçu de manière à ce que les malades commencent à être soignés le plus tôt possible et soient ensuite traités au service des consultations externes, dans un hôpital de jour ou à domicile. Une structure chargée de coordonner ces soins continus devrait être mise en place.

On devrait utiliser une approche interdisciplinaire et systématique pour gérer les soins, ainsi que des lignes directrices et des méthodes élaborées avec l'aide de tous les spécialistes intéressés et exposées par écrit. Les lignes directrices et les méthodes devraient favoriser un continuum de soins plutôt que des éléments distincts pour assurer une gestion efficace des soins.

Ces lignes directrices et méthodes devraient porter sur les points suivants :

- les critères d'admission et de libération;
- l'établissement de buts, exposé par écrit, pour chaque malade;
- l'évaluation périodique de tous les malades par l'équipe interdisciplinaire et l'établissement de plans de traitement, de libération et de continuation des soins;
- la prestation de services de consultation et d'orientation adéquats;

---

[2] Voir aussi annexe A, p. 13

- la prestation de services jusque dans la collectivité, y compris les soins aux malades externes, les soins de jour et les soins à domicile, et communication d'information aux personnes qui fournissent des soins (cela comprend les services de consultation offerts à d'autres services thérapeuthiques de la région);

- les objectifs à moyen et à long terme du programme;

- des plans de vérification de la qualité et d'évaluation du programme;

- la recherche et la prévention; et

- les rôles, fonctions et rapports des membres de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que de la mesure dans laquelle chacun peut, de son propre chef, prendre une mesure quelconque, évaluer les progrès du malade et modifier le traitement. Afin d'assurer la continuité des soins et l'uniformité de l'approche, une certaine souplesse au niveau des rôles du personnel est essentielle.

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET COUVERTURE DES SERVICES

5.1 Directeur médical du programme et personnel médical

L'autorité compétente devrait nommer un directeur médical de programme chargé de diriger les soins aux malades, de coordonner les membres de l'équipe interdisciplinaire, de participer à la formation du personnel, à la recherche et aux activités de prévention et de défendre les objectifs du programme au sein de l'organisme et de la collectivité, conformément aux lignes directrices établies par l'organisme ou l'agence.

Il se peut que certains malades aient besoin de recevoir des soins de spécialistes médicaux; l'équipe interdisciplinaire devrait donc en avoir à sa disposition.

5.2 Autres membres de l'équipe interdisciplinaire

Habituellement, l'équipe comprendra des spécialistes des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, du service social, de la psychologie et de l'orientation professionnelle, selon les besoins des malades, la philosophie du programme et la nécessité d'un contrôle qualitatif. La composition d'une telle équipe variera, puisque bon nombre des tâches d'éducation et de réadaptation peuvent être accomplies par n'importe quel membre de l'équipe. Les décisions à ce sujet devraient être fondées sur les systèmes de classification des malades, les normes en matière de dotation et les systèmes de mesure de la charge de travail, et devraient tenir compte des besoins des malades hospitalisés, des malades externes et des personnes qui reçoivent des soins à domicile.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

6.1 Directeur médical du programme

Le directeur médical du programme devrait être, de préférence, un spécialiste de la médecine physique et de réadaptation (physiatre). Un médecin généraliste particulièrement intéressé à ce domaine et ayant reçu une formation spéciale dans cette discipline pourrait être nommé directeur médical du programme, à condition qu'un spécialiste de la médecine physique et de la réadaptation puisse être consulté régulièrement.

6.2 Autres membres de l'équipe interdisciplinaire

Le personnel médical et les membres de l'équipe interdisciplinaire devraient posséder les titres requis pour l'exercice de leur profession et être spécialisés dans la résolution de problèmes cliniques complexes.

Une formation spécialisée, de l'expérience et des aptitudes certaines seraient sans contredit des atouts chez les personnes recrutées pour le programme.

6.3 Éducation permanente

Pour que tout le personnel soit compétent et puisse offrir des soins de qualité, on devrait offrir un programme complet d'éducation du personnel comprenant des conférences, des tournées dans l'établissement, des colloques, des cours offerts à l'hôpital, des ateliers, des visites spéciales et des cours pour post-diplômés lorsque c'est possible. On devrait envisager d'organiser un programme itinérant pour les centres qui collaborent, afin de promouvoir l'éducation et, en particulier, d'aider les petits centres.

7. AUTRES RESSOURCES, DÉPARTEMENTS ET SERVICES

Pour ce qui concerne les services suivants, les besoins varieront d'un programme à l'autre. Certains services affecteront peut-être du personnel aux programmes, tandis que d'autres offriront des services de consultation à partir de l'établissement ou de la collectivité.

Audiologie
Génie biomédical
Service de pastorale
Médecine dentaire
Visualisation diagnostique
Service diététique
Éducation des conducteurs d'automobiles
Services d'éducation et d'orientation professionnelle
Service de soins à domicile
Services d'orthèses, de prothèses et d'appareils spéciaux
Service de transport des malades externes gravement handicapés
Pharmacie
Podologie

Infirmières hygiénistes
Ludothérapie
Technique de la réadaptation
Services bénévoles (bibliothèque pour les malades, escortes, etc.)

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE-CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[3]

8.1 Conception de l'unité des soins infirmiers

Durant la période de réadaptation, les malades auront besoin de suffisamment d'espace pour pouvoir circuler en fauteuil roulant et utiliser d'autre matériel spécialisé, de même que d'installations auxiliaires spéciales telles que des salles de classe, une salle de détente et d'autres aires polyvalentes. La façon dont l'unité est conçue devrait faciliter et promouvoir l'autonomie chez le malade. Il faudrait donc veiller à rendre facilement accessibles aux malades toutes les aires qui leur sont destinées, y compris les salles à manger, les salles de détente, les aires de traitement et les salles de bain, ainsi qu'à donner aux malades l'intimité dont ils ont besoin. Lorsque l'établissement dispose de l'espace nécessaire, on pourrait envisager de mettre une suite à la disposition des malades pour qu'ils fassent l'expérience de la vie en autonomie.

8.2 Composantes

Les composantes des installations requises pour le programme comprennent ce qui suit :

---

[3] Pour obtenir plus d'informations sur les plans et l'aménagement de l'espace ainsi que des définitions des superficies nettes et brutes, le lecteur peut consulter d'autres sources, notamment : Méthodologies d'utilisation de l'espace, Division de la planification des établissements le santé, Direction des ressources en santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

- pour la récréation, la détente et les repas, salle de conférence, aires réservées aux activités de la vie quotidienne (y compris cuisine des malades), salle de musique et de télévision, aire(s) réservée(s) aux activités des malades où leur permettant de s'exercer;

- cabinets de toilette spéciaux, salles de bain spéciales et autres commodités munies des dispositifs nécessaires aux personnes handicapées;

- espace de rangement pour le matériel et les fournitures utilisés par les thérapeutes de l'unité des soins infirmiers, les fauteuils roulants et d'autre matériel.

8.3 Espace requis

Les dimensions des diverses aires de thérapie requises sont fonction du nombre et du type des malades hospitalisés et des malades externes qui utilisent les services, ainsi que des programmes offerts. Par exemple, un gymnase pour activités sportives en fauteuil roulant ou une piscine pour hydrothérapie pourrait être nécessaire. Un appartement pour les personnes qui doivent apprendre à mener une vie autonome pourrait être indiqué par le programme.

8.4 Caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

L'espace doit être aménagé de façon à ce que les installations soient accessibles aux malades en fauteuil roulant ou qui utilisent un autre appareil pour les aider à se déplacer. Les ascenseurs devraient être accessibles et conçus pour des utilisateurs de fauteuil roulant. Des portes électriques devraient être installées là où cela s'impose. Il faudrait envisager de rendre accessibles des aires de thérapie ou de récréation à l'extérieur.

L'unité devrait être bien ventilée, bien éclairée et peinte dans des couleurs vives. L'utilisation d'un

système de panneaux indicateurs et de codage couleur devrait être envisagée, pour que les malades puissent se rendre seuls à divers endroits et en revenir seuls. Les aires de traitement devraient être accessibles aux malades handicapés physiquement.

9. APPAREILLAGE

La liste du matériel requis pour le programme général ou spécialisé de réadaptation reflétera la philosophie de ce dernier, ses objectifs et ceux des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Le matériel requis pour que toutes les étapes d'un programme complet de réadaptation se déroulent bien est considérable et coûteux (ce matériel comprend des aides de mobilité, des aides adaptées et des aides techniques, ainsi que des commandes d'éléments de l'environnement). Les besoins particuliers varieront selon le programme.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

Les services requis par les malades externes devraient être situés à des endroits qui leur conviennent. Lorsque des rampes sont nécessaires, leur pente ne devrait pas dépasser 1:12, pour que les malades puissent bien contrôler leur fauteuil roulant. Les locaux devraient également être accessibles à partir des aires de stationnement.

Pour les départements et services formant le programme de réadaptation, l'utilisation de services auxiliaires partagés devrait être envisagée.

ORGANISATION, POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

Les lignes directrices touchant à l'organisation, aux politiques et aux procédures relatives aux unités/services/programmes (ci-après rapportés comme programme(s)) dans les hôpitaux ont été préparées à la suite d'un examen de l'information provinciale, nationale et internationale à ce sujet. Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces programmes.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

- Rôle et objectifs des programmes dans les hôpitaux

- Catégorie de malades soignés

  - selon le diagnostic ou l'état du malade
  - restriction dans les services aux malades s'il y a lieu (par exemple, malades en phase terminale)

- Services offerts dans le cadre du programme

II. ORGANISATION DU PROGRAMME

- Responsabilité du conseil d'administration

- Relations entre le programme, le directeur général et le personnel médical

- Gestion du programme

(i) Responsabilités du personnel

  - Directeur médical
  - Médecins
  - Personnel médical donnant des soins directs aux malades

- Autres membres du personnel (administratif, technique et autre)

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent et leur nombre)
- Mandat à définir
- Communication, à titre consultatif, avec des membres du personnel hospitalier et médical
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Généralités

- Responsabilité de l'admission des malades (détermination des personnes ayant le pouvoir d'admettre les malades)

- Critères d'admission prioritaires :

  - état du malade
  - diagnostic

- Congés accordés aux malades : lignes de conduite et planification

- Médicaments et méthodes (nouveaux) : mode d'autorisation

- Ordonnances de routine dans les cas d'admissions d'urgence

- Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

- Code d'éthique

- Prise en charge des situations d'urgence, avec réanimation cardio-pulmonaire au besoin

- Contrôle des infections et isolement des malades

- Durée du séjour selon le diagnostic

- Ordonnances médicales

- Soins palliatifs, détermination du décès, autorisation des autopsies, manipulation des dépouilles

- Orientation, consultations (obligatoires et autres), transfert, suivi

- Recherche/investigation clinique

- Ordonnance de routine à l'admission

- Surveillance de l'utilisation

2. **Personnel**

- Critères pour l'octroi de privilèges médicaux ou cliniques

- Délimitation des rôles respectifs des étudiants et des superviseurs en ce qui a trait aux responsabilités, aux pouvoirs et aux obligations des uns et des autres

- Services assurés par le personnel médical et les autres membres du personnel

- Orientation et éducation permanente

- Évaluation du rendement

- Descriptions de postes

- Critères de sélection : scolarité, expérience, intérêts

- Bénévoles

3. **Malades**

- Caractère confidentiel des renseignements
- Consentement à recevoir des traitements
- Participation de la famille
- Éducation des malades et des familles
- Identification des malades
- Droits des malades
- Effets, biens et valeurs des malades
- Privilèges de visite

4. **Sécurité**

- Entretien des appareils et sécurité
- Plans en cas d'incendie ou de désastre et procédures d'isolement connexes
- Procédures de recherche des malades qui manquent à l'appel et détermination des risques
- Signalement des accidents et incidents
- Sécurité et prévention des accidents
- Utilisation d'entraves

5. **Assurance de la qualité**

- Vérifications : soins médicaux et infirmiers, analyse actuelle et rétrospective
- Évaluation sur une base continue de l'efficacité des services
- Évaluation du rendement des employés

- Rapports sur les incidents
- Contrôle des infections
- Examen de la morbidité/mortalité
- Révision des soins aux malades
- Évaluation de l'état des malades au moment de leur admission et à leur sortie
- Examen par les pairs
- Normes régissant les pratiques
- Utilisation et évaluation des produits et des appareils

IV. PROCÉDURES

1. Techniques électives de soins (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Manuels de politiques et de procédures

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES UNITÉS/ SERVICES/PROGRAMMES DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Imagerie du sein : mammographie
Imagerie par résonance magnétique
Laboratoire de la foncton respiratoire
La réutilisation des articles jetables : Document de travail
Programme de médecine physique et de réadaptation
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Service d'inhalothérapie
Services d'urgence préhospitaliers
Services et systèmes de visualisation diagnostique : Vue d'ensemble
Services prolongés pour enfants et adolescents
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'écodiagnostic dans les hôpitaux
Unité de gériatrie dans les hôpitaux - hôpitaux de jour pour personnes âgées

Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de soins intensifs périnataux dans un réseau de soins périnataux
Unité de tomodensitométrie
Unité d'urgence dans les hôpitaux